

Винахід належить до медицини, а саме до біліодигестивної хірургії і може застосовуватися для лікування хворих, котрі перенесли холецисто - або холедохоентеростомію.

Відомий спосіб холецистоентеростомії Peterson, Cole [1], який включає оперативний доступ, ревізію, вимкнення привідної петлі кишки, що йде від міжкишкового співюстя, і формування в ній ряду затулок шляхом часткового ушивання просвіту цієї кишкової петлі в поперечному напрямку.

Основними недоліками цього способу є: явища атрофії і склерозу шматків, що призводять до зменшення їх розмірів і функціональної недостатності.

Найбільш близьким за технічною сутністю до способу, що заявляється, є спосіб Нерр у модифікації Шалімова-Виноградова [2], який включає оперативний доступ, ревізію, накладення біліодигестивного анастомозу, утворення міжкишкового ентероанастомозу методом "бік у бік", лігування привідної петлі тонкої кишки й утворення клапана відвідної кишки. За цією методикою Браунівський анастомоз накладають на 6-10см проксимальніше, чим міхурово-шлунковий анастомоз. Привідну частину петлі тонкої кишки між анастомозами перев'язують шовковою лігатурою, відступивши від лігатури 0,5-1см, накладають кисетний шов, аби зберегти відстань між лігатурами.

Основний недолік цього способу: внаслідок реканалізації почасті відбувається закид харчових мас у "вимкнену" частину кишки, що не є заходом профілактики висхідної інфекції.

В основу винаходу покладено завдання створити спосіб профілактики холангіту при накладенні біліодигестивного анастомозу, завдяки якому б стенозування і формування клапана відвідної петлі тонкої кишки забезпечувалося без розтину просвіту кишки і за рахунок цього запобігався б закид кишкового вмісту в біліарний тракт.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі профілактики холангіту при накладенні біліодигестивного анастомозу, який включає оперативний доступ, ревізію, накладення біліодигестивного анастомозу, утворення міжкишкового ентероанастомозу методом "бік у бік", лігування привідної петлі тонкої кишки й утворення клапана відвідної кишки, відповідно до винаходу лігують і коагулюють скелетовану частину кишки, клапан відвідної петлі утворюють завдяки поперечному зашиванню ромбоподібного дефекту серозно-м'язової оболонки.

Спосіб здійснюється таким чином. Операційним доступом служила верхньосередина лапаротомія. Після ревізії, відступивши від сформованого біліодигестивного анастомозу на 4см проксимально, привідну частину петлі кишки надрізають поперечним розтином, що дорівнює діаметру кишки до підслизового директора розшаровують серозно-м'язовий шар. Дві лігатури підводять під скелетовану частину кишки і на відстані 1см зав'язують до з'єднання слизової, ділянку скелетованої кишки між лігатурами коагулюють струмом малої напруги, рану кишки зашивають окремими серозно-м'язовими швами. Відступивши по відвідній петлі кишки від міжкишкового анастомозу за Брауном проксимально до 2см, ромбоподібно відокремлюють серозно-м'язовий шар і видаляють, дефект зашивають поперечно. Таким чином формують клапан, причому капіляри підслизового шару зростаються й утворюють спільну сітку між верхнім і нижнім листками клапана.

Внаслідок коагулювання відбувається розростання сполучної тканини, просвіт кишки облітерується завдяки вrostанню сполучних волокон пошкодженої слизової в протилежну стінку.

#### Приклад

Хвора Р., 56 років, історія хвороби №987, надійшла в клініку 15.01.2003р. зі скаргами на періодичний біль у правому підребер'ї, гіркий присмак у роті, жовтяничний колір шкіри і склер, знебарвлений кал, темну сечу. Захворіла 3 дні тому, після нападу болю в правому підребер'ї. 4 роки тому під час ультразвукового дослідження виявили конкременти в жовчному міхурі. Дані обстеження в клініці дозволили поставити діагноз: хронічний калькульозний холецистит, каміння холедохи, стеноз сфінктера Одді ІІст., обтураційна жовтяниця. Після нетривалої передопераційної підготовки виконано лапаротомію операційним доступом за Кохером у правому підребер'ї. Під час інтраопераційного дослідження діагноз підтвердився. Здійснено холецистектомію "від шийки до дна", холедохолітотомію, холедохоеюностомію з браунівським міжкишковим анастомозом запропонованим способом. Черевну порожнину дренажно через контрапертуру і зашито шар за шаром. Накладено асептичну пов'язку.

В післяопераційному періоді ускладнень не було. Жовтяниця минула. Дренаж видалено через 5 днів, шви знято на 7-у добу. В задовільному стані пацієнтку виписано на 10-у добу після операції.

При контрольному огляді через 5 місяців ні на що не скаржиться. В результаті УЗД гепатопанкреатобіліарної зони та фіброгастродуоденоскопії патології не виявлено.

Переваги запропонованого способу: запобігання закиду кишкового вмісту в жовчні шляхи внаслідок порушення пасажу хімуса по дванадцятипалій кишці, профілактика холангіогенної висхідної інфекції.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. В.В. Виноградов, В.А. Вишневский, В.И. Кочишвили. // Биодигестивные анастомозы. Москва -1972. С.40-47.
2. В.В. Виноградов, В.А. Вишневский, В.И. Кочишвили. // Биодигестивные анастомозы. Москва -1972. С.40-47.